



Número: **0801112-74.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.370,79**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|-------------------|
| JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO (AUTOR) | | JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 34593 367 | 22/09/2020 11:20 | Contestação | Contestação |
| 34593 374 | 22/09/2020 11:20 | 2750401_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |
| 34593 376 | 22/09/2020 11:20 | 2750401_CONTESTACAO_Anexo_03 | Outros Documentos |

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180570550**
Vítima: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**
Data do Acidente: **25/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180570550**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13682024

Pag. 00251/00252 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180570550

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01137/01138 - carta_02 - INVALIDEZ

00050569



Carta nº 13700110



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

981343.534-87

Nome completo da vítima:

João Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

João Paulo dos Santos Filho

Profissão:

operador textil

Endereço:

Rua Tenente Barbosa

Bairro:

multirras

Cidade:

Lagoa Seca

Estado:

Pernambuco

CPF:

981.343.534-87

Número:

32

Complemento:

CEP:

58900-000

Tel. (DDD):

(83) 95813-1266

E-mail: joaosantosfilho@hotmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

040

☐

CONTA:

062542

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não utilizado

Local e Data: Lagoa Seca - PB 29/10/2018.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**
Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.
Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone:

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, guiava o veículo YAMAHA/YBR FACTOR E, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: QFQ-1280/PB, CHASSI: 9C6KE1930F0012755, matriculado em nome de PAULA FRANCINETE DOS SANTOS; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins dos Santos
Mat. 181.946-1

POLEGAR
DIREITO

João L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

981343.534-87

João Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

040

☐

CONTA:

062542

6

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não utilizado

Local e Data, Capoeiras - PB 29/10/2018.

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | | |
|---|------|---------------|--|-------------|---|----|
| DATA 25-07-18 | HORA | OCORRÊNCIA Nº | PACIENTE / USUÁRIO Joaquim Paulo dos Santos | USA | / USB | 01 |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA Praça da Cruz | | | Bairro | IDADE 44 | SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | |
| APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO | | | MÉDICO REGULADOR Kotaka | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO | | | | | | |

TIPO DE AGRAVO

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO | <input type="checkbox"/> QUEDA METROS |
| <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO | <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS |
| <input type="checkbox"/> F.A.B. | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.) | |
| <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS | |

ANTECEDENTES

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> DROGA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS | <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES | <input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS |

DESTINO DO PACIENTE:

| | | |
|--|--|--|
| SERVIÇO MÉDICO | RESPONSÁVEL | FUNÇÃO |
| HRC | | |
| MOTIVO DE TRANSPORTE | | |
| <input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO | <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE | <input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA SIMPLES |
| <input type="checkbox"/> OUTRO | | |

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

| | | |
|-------|-------------|--------|
| LOCAL | RESPONSÁVEL | FUNÇÃO |
| | | |

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + TRAMAL

DADOS VITAIS

| | | |
|---|--|---|
| VAA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO | <input type="checkbox"/> >30irpm <input type="checkbox"/> <30irpm/PULSO RADIAL | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente / PAS: <input type="checkbox"/> >90mm Hg <input type="checkbox"/> <90mm Hg |
| PA 140x90 | FC 96 | TEMP |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input type="checkbox"/> Confusão Aguda | <input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada | <input type="checkbox"/> Débito |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca Diminuída | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Hipotermia |
| <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada | <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perda da Pele Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissue Cardiorpulmonar Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissue Gastrintestinal Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissue Renal Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissue | <input type="checkbox"/> Termorregulação |
| <input type="checkbox"/> Ineficaz | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Retenção Urinária | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada | <input type="checkbox"/> Percepção Social Prejudicada | <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal | <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada | <input type="checkbox"/> Constipação |
| <input type="checkbox"/> Outros | | | | | |

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, verbalizando, sistema de morte + causa
 O mesmo status de morte de morte de morte. Repetida de morte de morte de morte
 apresentando postura exposta no dedo da mão esquerda. Fato isolado
 ligando conduta médica e remessa.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496

Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 6

| VIAZ AEREA | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL NEUROLÓGICA | |
|--|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA | EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ | PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA | <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E |

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALASOTRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Suelio COREN: 111660 MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Valéria COREN: _____ MAT: _____

COORDENADOR: Leontina MAT: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 08/01/2019 |
|------------------------|------------|

| | |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: | |
|----------------------|--|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.700,00 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000062542-6

Nr. da Autenticação 23B4EFA2243D5C29



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70701555

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900-000

| Inscrição | | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|---|--------------------|-------------|------------------------------|------------------|-----------------|---------|-------------|
| | | | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| 108.009.405.0049.000 | | 000 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | | |
| A12N127130 | 03/07/2013 | EXT LACR | LIGADO | POTENCIAL | | | |
| ANTERIOR | | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA | | |
| 414 | | 421 | 7 | 29 | 10/08/2018 | | |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. | | | | | | | |
| JUN/2018 | | 8 | 0 | PARAMETROS EXIG. | | ANALIS. | CONFORMES |
| MAI/2018 | | 8 | 0 | TURBIDEZ | | 61 | 60 |
| ABR/2018 | | 7 | 0 | CLORO | | 61 | 61 |
| MAR/2018 | | 6 | 0 | COL.TERMOT | | 0 | 0 |
| FEV/2018 | | 7 | 0 | COR | | 10 | 59 |
| JAN/2018 | | 8 | 0 | COL.TOTAIS | | 61 | 61 |
| MEDIA(M) | | 7 | DADOS REFERENTES A: MAI/2018 | | | | |

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58

| DESCRICAO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 7 M3 | 37,91 |
| ESGOTO | | |
| ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018 05/2018 | | 1,52 |
| JUROS DE MORA 04/2018 05/2018 | | 0,99 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/07/2018 Total a Pagar: R\$ 40,42



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NAO
EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 70701555 | JUL/2018 | 26/07/2018 | R\$ 40,42 |

82670000000 1 40420010108 1 07070155501 6 07201850003 2



30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>

Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laissa Evelyn Araújo Ferreira,

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua José Rodolfo Valho de Plincon</u> |
| Número | <u>339</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Capangas</u> |
| Estado | <u>Paraná</u> |
| CEP | <u>58900-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 99813.12.66/99415-5835</u> |
| E-mail | <u>verasolpatez@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capangas - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Laissa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Receita para sempre apresentar na conta fiscalizadora de energia elétrica Nº 012.340.593



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 239, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

14/09/2018

CONSUMO

99

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rotelero: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

MATRÍCULA

80691-2018-09-0



30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>

Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 11

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carina Evelyn Araújo Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|---|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| Endereço <u>Rua José Rabelo de Almeida</u> | | Número <u>331</u> | Complemento |
| Bairro <u>centro</u> | Cidade <u>Lagoa Seca</u> | Estado <u>Paraíba</u> | CEP <u>58900-000</u> |
| Email <u>unadpvat@hotmai.com</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u> | Telefone celular (DDD) <u>93,</u> |

Lagoa Seca - PB 29 de outubro de 2018
Local e Data

Carina Evelyn Araújo Pereira
Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos
portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12 / 06 / 1997
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.912.864-16
com domicílio na cidade de Capoazeiras, no estado de Paraíba
onde resido na Rua Fern Barbosa
número 50, complemento Multinas
DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, Paulo Paulo dos Santos Filho
cujo condutor era Paulo Paulo dos Santos Filho
VEÍCULO: PAS / MOTOCICLE
ANO: 2014
MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR E 2015
PLACAS: QFR 1280-PB
CHASSI: 9CGKE1930F0012755
DATA DO ACIDENTE: 25 / 07 / 2018

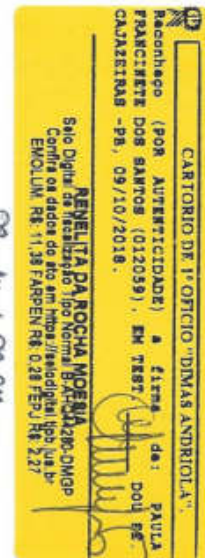
Capoazeiras - PB 09/10/2018
Local e Data

Paula Francinete dos Santos
Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Paulo Paulo dos Santos Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018





30 OUT. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011119872132
PRT 20140600029313-2

VIA 1 0103262004-5 00/00000000 2014

NOME
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS

03191286446 QEQ1280/PB

NOVO PB 9C6KE1930F0012755

FUNÇÃO/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR E 2014 2015

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 23/12/2014 1ª VENC/COTAS

***** 0 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 23/12/2014

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

CAJAZEIRAS-PB 0

15628 29/12/2014

15628

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESAR DAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PBNº 011119872132 SILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

03191286446 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 29/12/2014

1 03191286446 QEQ1280/PB

01032620045 YAMAHA/YBR125 FACTOR E

2014 9 9C6KE1930F0012755

PRÊMIO TARIFARIO

PNB (R\$) CONTRIB (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEM PAGO (R\$)

***** SEGURO PAGO

DATA DE QUITAÇÃO 23/12/2014

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

15628-1715255-20141229

30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496

Número do documento: 20092211200414100000033075496

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180570550**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1767404**

Data e local do acidente: [**25/07/2018**] **CAJAZEIRAS PB**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DO MANGUITO ROTADOR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFEITEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II ATROFIA MUSCULAR DO MANGUITO ROTADOR DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10° DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando



a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180570550 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DO MANGUITO ROTADOR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II.
AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFETEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Amputação do 3º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional moderada do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em redução anatomicamente grave do 3º QDE.
Indenização em grau médio do ombro devido à limitação da mobilidade articular.
Quadros estabelecidos conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 7,5% | R\$ 1.012,50 |
| Total | | | 20 % | R\$ 2.700,00 |



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casado
Identidade: 1767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: operador teletel
Endereço: Rua Tenente Barbosa, SN, Multiras, Cajazeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renêlita da R. Moreira
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.
Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396447/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 220,49

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000062542-6

Nr. da Autenticação CD39084B4F1186E4



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180510445**

Vítima: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Data do Acidente: **25/07/2018**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180510445**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01509/01510 - carta_01 - DAMS



Carta nº 13542040



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Carta nº: 13599908

A/C: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180510445
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
Data do Acidente: 25/07/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 220,49

Banco: 104

Agência: 0000040

Conta: 0000062542-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00923/00924 - carta_12 - DAMS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

981343.534-87

João Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

040

☐

CONTA:

062542

6

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não utilizado

Local e Data, Capoeiras - PB 29/10/2018.

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**
Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.
Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone:

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, guiava o veículo YAMAHA/YBR FACTOR E, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: QFQ-1280/PB, CHASSI: 9C6KE1930F0012755, matriculado em nome de PAULA FRANCINETE DOS SANTOS; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins dos Santos
Mat. 181.946-1

POLEGAR
DIREITO

João L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | | |
|---|------|---------------|--|-------------|---|----|
| DATA 25-07-18 | HORA | OCORRÊNCIA Nº | PACIENTE / USUÁRIO Joaquim Paulo dos Santos | USA | / USB | 01 |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA Praça da Cruz | | | Bairro | IDADE 44 | SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | |
| APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO | | | MÉDICO REGULADOR Kotaka | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO | | | | | | |

TIPO DE AGRAVO

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO | <input type="checkbox"/> QUEDA METROS |
| <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO | <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS |
| <input type="checkbox"/> F.A.B. | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.) | |
| <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS | |

ANTECEDENTES

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> DROGA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS | <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES | <input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS |

DESTINO DO PACIENTE:

| | | |
|--|--|--|
| SERVIÇO MÉDICO | RESPONSÁVEL | FUNÇÃO |
| HRC | | |
| <input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO | <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE | <input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA SIMPLES |
| <input type="checkbox"/> OUTRO | | |

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

| | | |
|-------|-------------|--------|
| LOCAL | RESPONSÁVEL | FUNÇÃO |
| | | |

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + TRAMAL

DADOS VITAIS

| |
|--|
| VAA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> >30irpm <input type="checkbox"/> <30irpm/PULSO RADIAL <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente / PAS: <input type="checkbox"/> >90mm Hg <input type="checkbox"/> <90mm Hg |
| PA 140x90 FC FR 96 TEMP °C - GLICEMIA 86 mg/dl - E Com a SpO2s/02 99 So02c/02 |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input type="checkbox"/> Confusão Aguda | <input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada | <input type="checkbox"/> Débito |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca Diminuída | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Hipotermia |
| <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada | <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perda de Integridade da Pele Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perda de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Perda de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Perda de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Perda de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Perda de Gases Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Ineficaz | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Retenção Urinária | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada | <input type="checkbox"/> Percepção Social Prejudicada | <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal | <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada | <input type="checkbox"/> Constipação |
| <input type="checkbox"/> Outros | | | | | |

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, verbalizando, sistema de mato + canoa
 O mesmo estava de mato de capote. Repetido do mato e canoa
 apresentando postura exposta no dedo da mão esquerda. Fato isolado
 ligação conduta médica e remessa.



| VIA AEREA | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL NEUROLÓGICA | |
|--|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA | EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ | PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA | <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E |

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Suelio COREN: 111660 MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Valéria COREN: _____ MAT: _____

COORDENADOR: Leontina MAT: _____



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70701555

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900-000

| Inscrição | | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|---|--------------------|-------------|------------------------------|------------------|-----------------|---------|-------------|
| | | | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| 108.009.405.0049.000 | | 000 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | | |
| A12N127130 | 03/07/2013 | EXT LACR | LIGADO | POTENCIAL | | | |
| ANTERIOR | | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA | | |
| 414 | | 421 | 7 | 29 | 10/08/2018 | | |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. | | | | | | | |
| JUN/2018 | | 8 | 0 | PARAMETROS EXIG. | | ANALIS. | CONFORMES |
| MAI/2018 | | 8 | 0 | TURBIDEZ | | 61 | 60 |
| ABR/2018 | | 7 | 0 | CLORO | | 61 | 61 |
| MAR/2018 | | 6 | 0 | COL.TERMOT | | 0 | 0 |
| FEV/2018 | | 7 | 0 | COR | | 10 | 59 |
| JAN/2018 | | 8 | 0 | COL.TOTAIS | | 61 | 61 |
| MEDIA(M) | | 7 | DADOS REFERENTES A: MAI/2018 | | | | |

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58

| DESCRICAO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 7 M3 | 37,91 |
| ESGOTO | | |
| ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018 05/2018 | | 1,52 |
| JUROS DE MORA 04/2018 05/2018 | | 0,99 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 40,42



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NAO
EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

CAGEPA

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 70701555 | JUL/2018 | 26/07/2018 | R\$ 40,42 |

82670000000 1 40420010108 1 07070155501 6 07201850003 2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laissa Evelyn Araújo Ferreira,

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua José Rodolfo Valho de Plincon</u> |
| Número | <u>339</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Capangas</u> |
| Estado | <u>Paraná</u> |
| CEP | <u>58900-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 99813.12.66/99415-5835</u> |
| E-mail | <u>verasolplate@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capangas - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Laissa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Receita para sempre apresentar na conta fiscalizadora de energia elétrica Nº 012.340.593



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 239, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

14/09/2018

CONSUMO

99

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rotelro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

MATRÍCULA

80691-2018-09-0



30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>

Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 10

30 OUT. 2018

FAZENDA

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#[COLUNA] [TIPO] [VL UN RS] [VLTR RS] [VL ITEM RS]

001 2 763 TIPOIA ORTOPEDICA MERCUR

1 UND X 31 30,60

002 15973 MORTERO A

1 UND X 18 18,43

003 34061 PIRACITAM 20MG

1 UND X 12 11,80

004 12438 ATADURA DE CREPON 15CM

10 UND X 4 40,00

005 11216 COMPRESSA DE GASE

15 UND X 2 22,50

006 31359 SORO FISIOL 500ML

4 4,50

007 35706 ESF. ADULTO 100MM X 4,5M

1 UND X 14 13,50

008 1599 ROUPA EMBALADA 100AO 200ML

1 UND X 13 13,99

009 28874 OLEO DE GIRASSOL 2L

1 UND X 29 29,20

010 28617 CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINA

1 UND X 40 40,47

QTD. TOTAL DE ITENS

VALOR TOTAL R

FORMA DE PAGAMENTO

Debitar

Número da Nota Fiscal

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

Consulte pela Chamada Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/infoe>

2518 0808 5805 4100 0148 0500 1000 0204 3410

4/10

COF. MIDOR CPF: 981 343 534-87

JC AULO DOS SANTOS FILHO

RUA TENENTE OSA SIN SIN MUTIRAO CAJAZEIRAS



78471

2 Total



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carina Evelyn Araújo Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima José Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| Endereço <u>Rua Frei Ralovatto de Almeida</u> | | Número <u>331</u> | Complemento |
| Bairro <u>centro</u> | Cidade <u>Lapazeiras</u> | Estado <u>Rio de Janeiro</u> | CEP <u>58900-000</u> |
| Email <u>unaspdpvatoz@hotmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u> | Telefone celular (DDD) <u>93,</u> |

Lapazeiras- RJ 29 de outubro de 2018
Local e Data

Carina Evelyn Araújo Pereira
Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

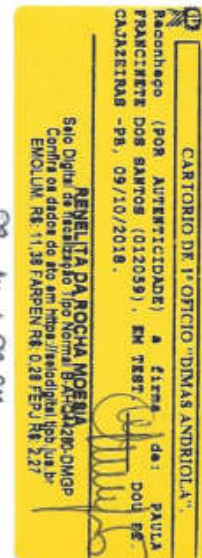


DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos
 portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12 / 06 / 1997
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.912.864-16
 com domicílio na cidade de Capoazeiras, no estado de Paraíba
 onde resido na Rua Fern Barbosa
 número 50, complemento Multinas
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, João Paulo dos Santos Filho
 cujo condutor era João Paulo dos Santos Filho
 VEÍCULO: PAS / MOTOCICLE
 ANO: 2014
 MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR E 2015
 PLACAS: QFR 1280-PB
 CHASSI: 9CGKE1930F0012755
 DATA DO ACIDENTE: 25 / 07 / 2018

Capoazeiras - PB 09/10/2018
 Local e Data

Renata da R. Moreira
 ESCREVENTE
 AUTORIZADA



Paula Francinete dos Santos
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

João Paulo dos Santos Filho
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



Adrie Tranne Colgate

mais a respeito
instituição de 3-50.000.
alçada regularizada
a sob a sua
hebreu da invenção
E) de desvio
Ad: Pinto de Colgate

S

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
30/09/2020 11:20:05

30 OUT. 2018



Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

20180808-507

M 6/12/1974

1

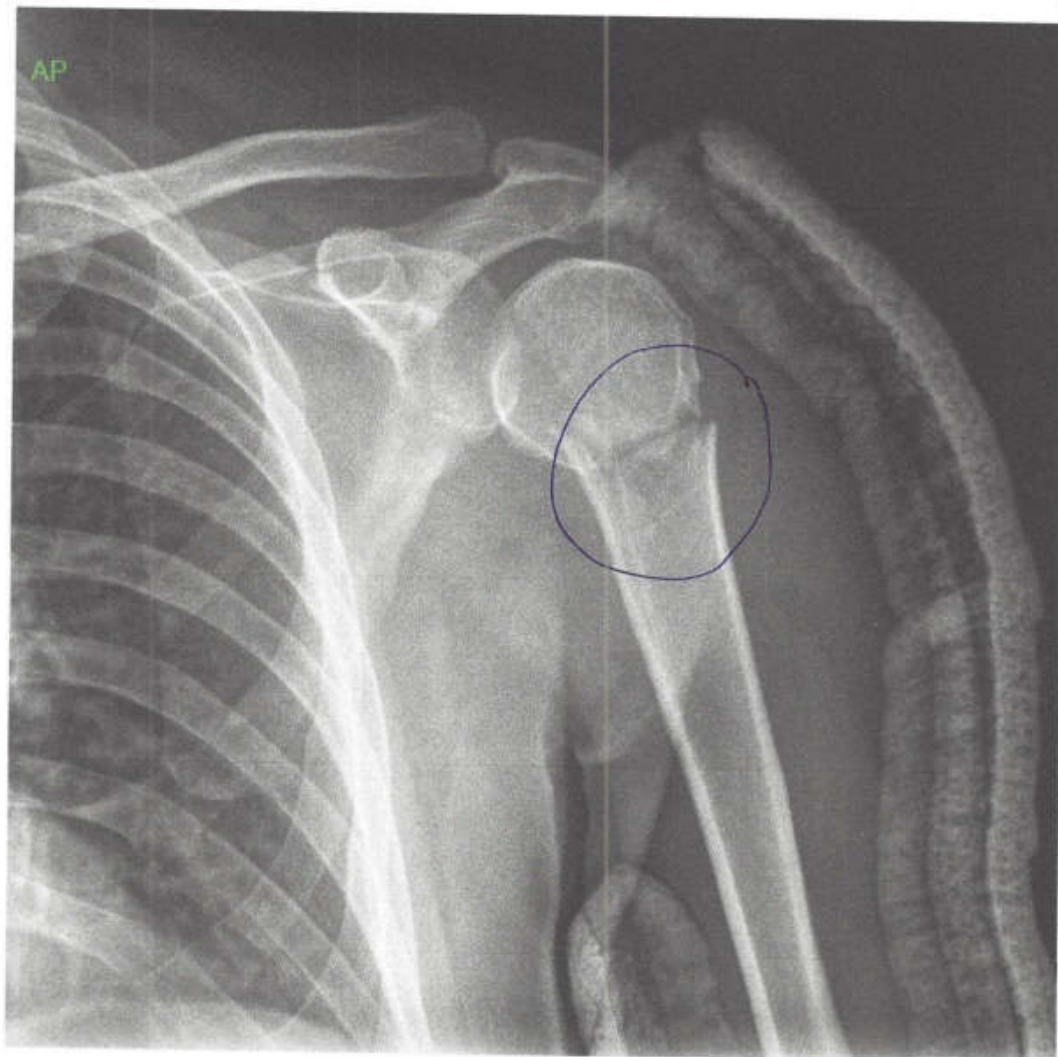
Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

30 OUT. 2018



SID mm

9:25 AM
8/8/2018



Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.55 g:2.82 sb:4.85 eq:1 nr:0 dc:3 ...

Zoom 100%

30 OUT. 2018



SID mm

10:03 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>

Número do documento: 20092211200547700000033075498

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-075

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- RV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB:4.0.53 g:2.25 sb:4.02 eq:1 m:0 dc:3.2...

Zoom 100%



SID mm

E

10:02 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>

Número do documento: 20092211200547700000033075498

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO
20180725-975
M 6/12/1974
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...
Zoom 100%

30 OCT 2018



SiD mm

10:07 AM
7/25/2018



Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20100725-975

M 6/12/1974

1

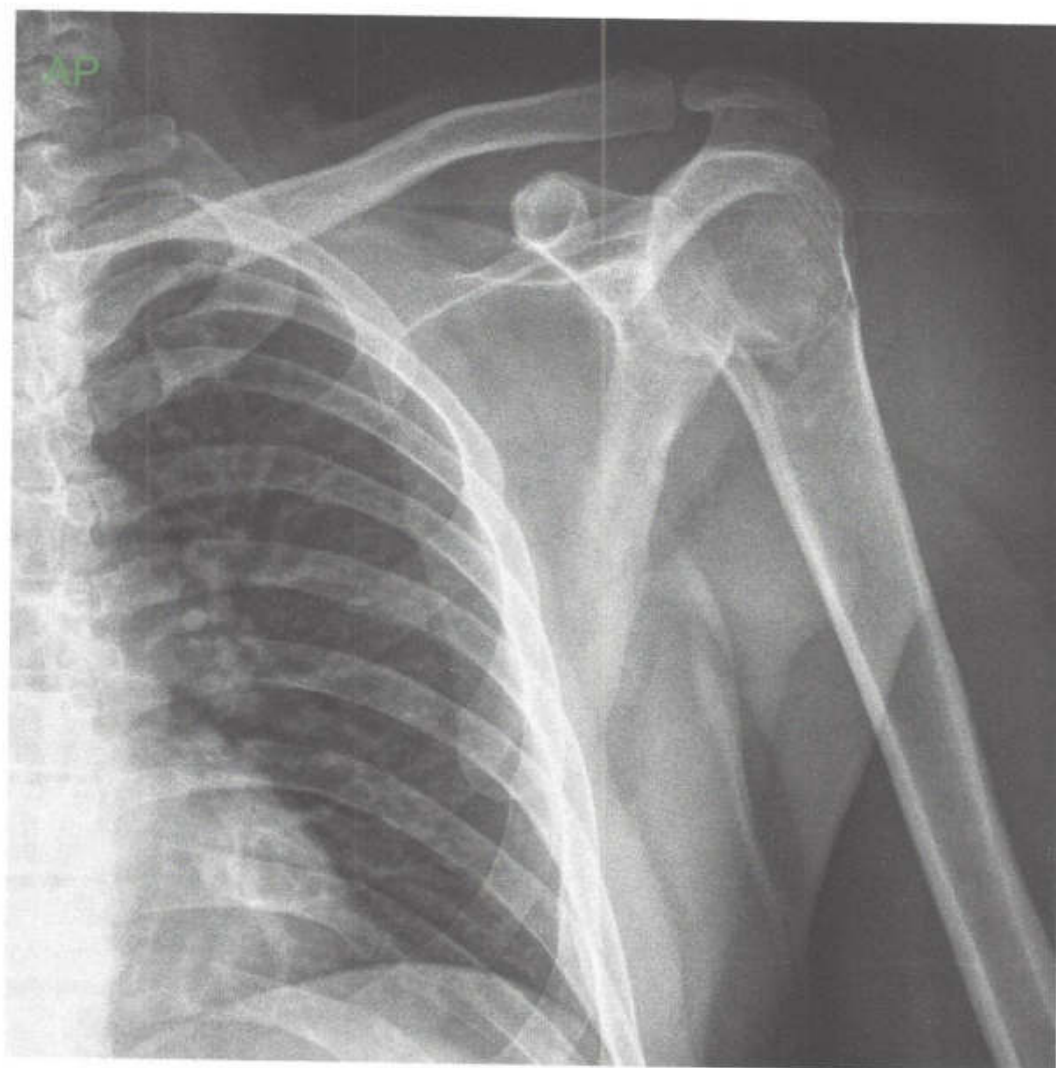
Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.8 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

30.001.202



SID mm

10:07 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>

Número do documento: 20092211200547700000033075498

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

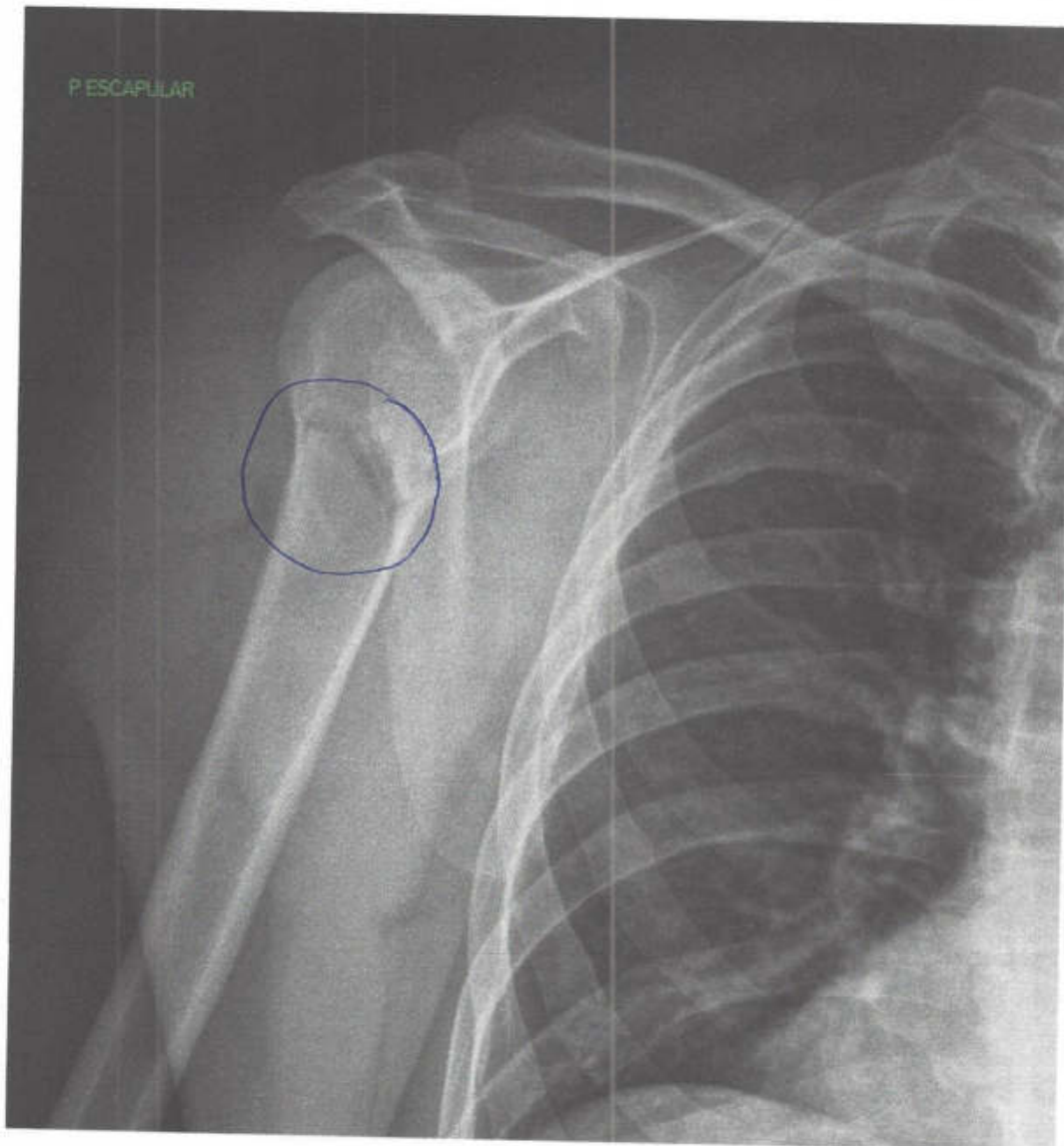
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:1.19 g:1.36 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...

Zoom 100%



30 OUT. 2018

SID mm

12:27 PM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>

Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 21



30 OUT. 2018





30 OUT. 2018



30 OUT. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011119872132
PRT 20140600029313-2

VIA 1 0103262004-5 00/00000000 2014

NOME
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS

03191286446 QEQ1280/PB

NOVO PB 9C6KE1930F0012755

FUNÇÃO/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR E 2014 2015

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 23/12/2014 1ª VENC/COTAS

***** 0 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 23/12/2014

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

CAJAZEIRAS-PB 0

15628 29/12/2014

15628

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESAR DAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PBNº 011119872132 SILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

03191286446 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 29/12/2014

1 03191286446 QEQ1280/PB

01032620045 YAMAHA/YBR125 FACTOR E

2014 9 9C6KE1930F0012755

PRÊMIO TARIFARIO

***** PREMIO (R\$) ***** CONTRIB (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEM PAGO (R\$)

***** SEGURO PAGO

DATA DE QUITAÇÃO 23/12/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

15628-1715255-20141229

30 OUT. 2018



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510445

Data do acidente: 25/07/2018

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 05/11/2018 10:35:30

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

| Grupo | Código | Descrição | Pleiteado | Avaliado |
|------------------------|--------|-----------|-----------|----------|
| Farmácias | | | 220,49 | 220,49 |
| Total da Análise Atual | | | 220,49 | 220,49 |

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** O ITEM 06 DA NOTAS FISCAL ESTÁ ILEGÍVEL, ONDE NÃO PODE SER AVALIADO.

| Informações administrativas | Pleito anterior | Avaliação anterior | Pago anterior | Pleito atual | Avaliação atual | Valor à pagar |
|---|-----------------|--------------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
| Beneficiário: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO Relacionamento: Vítima | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 220,49 | 220,49 | 220,49 |
| Total da Análise Atual | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 220,49 | 220,49 | 220,49 |

TOTAL PLEITEADO: 220,49

TOTAL AVALIADO: 220,49

TOTAL PAGO + À PAGAR: 220,49

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casado
Identidade: 1767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: operador teletip
Endereço: Rua Tenente Barbosa, SN, Multiras, Cajazeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renelita da R. Moreira
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.
Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396483/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

